

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

435721
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
10/7/10 3/12/11

6-Número da Guia Principal
8122337

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/9/11 12/12/01

3-Data de Emissão da Guia
10/7/11 12/12/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10 0 2 0 2 5 3 8 9 1 1 0 0 0 0 1 0 2

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

18-Número no CRO
17752

15-Nome do titular do plano
PAULO JOSE DOS SANTOS JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10 6 6 3 2 3 5 9 5 2 3

22-Nome do Contratado Executante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

23-Número no CRO
17752

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

Dados do Profissional Executante

26-Nome do Profissional Executante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

27-Número no CRO
17752

28-UF
BA

25-Código CNES
BA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/9/11 2/12/01		
2-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/9/11 2/12/01		
3-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/9/11 2/12/01		
4-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/9/11 2/12/01		
5-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/9/11 2/12/01		
6-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/9/11 2/12/01		
7-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/9/11 2/12/01		
8-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/9/11 2/12/01		
9-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/9/11 2/12/01		
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade US			
10/9/11 12/12/01			1-1-Tratamento Odontológico			2-Exame Radiológico			3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência			
						1-Total 2-Parcial			47-Valor Total R\$			
						549,00			48-Total Franquia / Co-participação R\$			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

10/9/11 12/12/01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

10/9/11 12/12/01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/9/11 12/12/01

53-Data, local e Carimbo da Empresa

10/9/11 12/12/01

Dra. Thhayara Dayan

Cirurgiã - Dentista

CRO-BA 17752

Thayara Dayan Souza Taboamo Dayan Souza *Olego Leal de 2008